

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
436935	148421	39502/36845	12/07/2023	570,40	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS CARRINHO DE EMERGENCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		GOYAZ SERVICE COMÉRCIO E LOGÍSTICA LTDA	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		GOYAZ SERVICE HOSPITALAR	
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		07.928.753/0001-00	
CEP		73.900-000				CEP		75.368-155	
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA SILVIO CALDAS QD. 13 LT. 17 - RESIDENCIAL LIMOEIRO	
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIRA	
UF		GO				UF		GO	
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		104331356	
Contato		NAOR BORGES				Contato		ANA CAROLINA	
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3433-7715	
Email		naor@institutocem.org.br				Email		.	
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)	
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias	
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		ANA CAROLINA RODRIGUES DA SILVA	
						Tipo de Frete		CIF	
						Faturamento Mínimo		300,00	
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		21/07/2023	
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903							
Observações do Comprador									
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; COTAR SOMENTE FRETE CIF. NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	446	ATROPINA SOL INJ 0,25MG/ML 1ML	FARMACE	FARMACE	100,00	AMPOLA	1,1500	0,00	115,00
5	11323	RINGER SIMPLES SOL INJ 500ML	HALEXISTAR	HALEXISTAR	60,00	FRASCO	7,5900	0,00	455,40
Total do pedido									570,40

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
436934	148421	39502/36845	12/07/2023	1.340,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS CARRINHO DE EMERGENCIA					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		L A VIDAL IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		GRUPO VIDAL			
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		00.097.489/0001-61			
CEP		73.900-000				CEP		75.063-330			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV 010 - REV. ARCHIBALD			
Cidade		POSSE				Cidade		ANAPOLIS			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		192673462			
Contato		NAOR BORGES				Contato		LUCAS - 98214-6000			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3706-0854			
Email		naor@institutocem.org.br				Email		grupovidal@hotmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		2 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		LUCAS VIDAL			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		800,00			
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		10/07/2023			
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903									
Observações do Comprador											
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; COTAR SOMENTE FRETE CIF. NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
3	21241	NALOXONA SOL INJ 0,4MG/ML 1ML - GEN HIPOLABOR			HIPOLABOR	HIPOLABOR	50,00	AMPOLA	26,8000	0,00	1.340,00
Total do pedido											1.340,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 265162 e o código verificador 36845.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
436933	148421	39502/36845	12/07/2023	2.499,10	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS CARRINHO DE EMERGENCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		MAEVE HOSPITALAR	
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		09.034.672/0001-92	
CEP		73.900-000				CEP		74.640-030	
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV	
Cidade		POSSE				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA	
UF		GO				UF		GO	
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.416.812-9	
Contato		NAOR BORGES				Contato		62 35651038	
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3565-1033	
Email		naor@institutocem.org.br				Email		analistacomercial@maevehospitalar.com.br	
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		2 DIA(s)	
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias	
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		ALESSANDRA TEIXEIRA	
						Tipo de Frete		CIF	
						Faturamento Mínimo		1.000,00	
						Validade da Proposta		12/07/2023	
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903							
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903							
Observações do Comprador									
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; COTAR SOMENTE FRETE CIF. NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.									
Observações do Fornecedor									
TELEFONE: (62) 981538549 ESTOQUE SUJEITO A ALTERAÇÃO									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	25164	ETOMIDATO SOL INJ 2MG/ML 10ML - GEN BLAU	BLAU	BLAU	50,00	AMPOLA	12,7500	0,00	637,50
4		PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 10ML - PROPOTIL	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	200,00	FRASCO / AMPOLA	9,3080	0,00	1.861,60
Total do pedido									2.499,10

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura> informando o código 265162 e o código verificador 36845.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 12/07/2023 às 10:44, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES, 436.895.948-55, DIRETOR FINANCEIRO, em 13/07/2023 às 21:35, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 265162 e o código verificador 36845.